

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

LE
TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL GRAVE
DE LA FEMME AGÉE PAR LA
COLPOHYSTÉRECTOMIE VAGINALE
(ÉTUDE STATISTIQUE SUR 163 CAS)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

DÉCEMBRE 1956

PAR

PIERRE VILAREM

6^{me} Année — Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Avril 1931 à Banyuls-sur-Mer (P.-O.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. ROUX, professeur, *Président*,
CADERAS de KERLEAU, prof.,
ROMIEU, agrégé.
MARCHAL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE PAUL DEHAN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

LE
TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL GRAVE
DE LA FEMME AGÉE PAR LA
COLPOHYSTÉRECTOMIE VAGINALE
(ETUDE STATISTIQUE SUR 163 CAS)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

DÉCEMBRE 1956

PAR

PIERRE VILAREM

6^{ème} Année - Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Avril 1931 à Banyuls sur Mer (P. O.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



**Examineurs
de la Thèse**

MM. ROUX, professeur, *Président*.
CADERAS de KERLEAU, prof.)
ROMIEU, agrégé.
MARCHAL, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE PAUL DEHAN

1956

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs honoraire

MM. VILLARD, L. RIMBAUD, BOUDET,
EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT PECH, BAUMEL.

Professeurs

Chaires

Anatomie	MM. LAUX.
Histologie	TURCHINI, <i>assesseur.</i>
Physiologie	HÉDON.
Physiologie appliquée	LOUBATIÈRES.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	BÉNÉZECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	CAZAL.
Microbiologie	CARRÈRE.
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BERT.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	FOURCADE.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale	LAPEYRIE.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales	MOURGUE-MOLINES.
Pathologie et clinique propédeutique médicales	PUECH.
Clinique médicale	GIRAUD, <i>doyen.</i>
.....	BOULET.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
.....	AIMES.
Clinique obstétricale	CADERAS DE KERLEAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	LAFON.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1^{er} âge	CHAPTAL.
Clinique de dermatologie et syphiligraphie	P. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique urologique	TRUC.
Clinique gynécologique	ROUX.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.
Clinique pneumo-ptisiologique	VIDAL.
Carcinologie	LMARQUE.
Electro-radiologie	BÉTOULIÈRES.

Professorat à titre personnel

Histologie GRANEL.

Professeurs sans chaire

Pathologie médicale..... BOUCOMONT.

Maîtres de conférences agrégés et agrégés en exercice

	MM.		MM.
Anatomie.....	GUERRIER,	Chirurgie.....	JOYEUX, <i>agr.</i>
	<i>m. de c. agr.</i>	—	NÈGRE, <i>agr.</i>
Physiologie.....	MACABIES	—	ROMIEU, <i>agr.</i>
Bactériologie.....	ROUX, <i>m. de c. agr.</i>	—	MARCHAL, <i>agr.</i>
Parasitologie.....	RIOUX, <i>m. de c. agr.</i>	Obstétrique	DURAND, <i>agr.</i>
Pathol. expériment.	PASSOUANT, <i>m. de c. agr.</i>	Pédiatrie et	
Médecine.....	SERRE, <i>agr.</i>	Puériculture.....	JEAN, <i>agr.</i>
—	BALMÈS, <i>agr.</i>	Ophthalmologie.....	VIALLEFONT, <i>agr.</i>
—	BERTRAND, <i>agr.</i>	Neuro-chirurgie.....	GROS, <i>agr.</i>
—	LATOUR, <i>agr.</i>	Odonto-stomat.....	N....
—	MIROUZE, <i>agr.</i>		

Chargé de cours à titre permanent

Obstétrique..... COLL DE CARRERA,
agrégé libre.

Enseignements complémentaires

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

A MES GRANDS-PARENTS

Avec mon plus profond respect.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma grande affection et de ma gratitude infinie pour l'éducation qu'ils m'ont donnée, pour les lourds sacrifices consentis et la bienveillance dont ils m'ont toujours entouré. Leur joie est aujourd'hui ma plus grande récompense.

A MA FEMME

Qu'elle trouve ici l'expression de tout mon amour et de ma douce tendresse.

A MON ONCLE, A MA TANTE

En hommage à leur dévouement lors de mes études et à l'éducation dont ils me comblèrent.

Leur sollicitude et leur bonté me permirent dans un climat favorable de travailler sans embages, lors de ma vie scolaire. Qu'ils reçoivent ici mon éternelle reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

Hommages respectueux.

A TOUTE MA FAMILLE

En affectueux hommage.

AU DOCTEUR JEAN GOURGOT

Il fut mon premier maître en médecine : sa verve, son entrain et son complet désintéressement entretenrent sans cesse une amitié croissante.

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse admiration.

A MONSIEUR PIERRE COSTA

En souvenir des heures mémorables passées ensemble lors de mes dernières années de médecine.

A TOUS MES AMIS

P. V.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUX,

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Montpellier

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre thèse.

Nous le prions d'agréer l'hommage de nos
sentiments profondément respectueux.

P. V.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADERAS DE KERLEAU,

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
de Montpellier

Il a bien voulu être notre juge. Qu'il trouve
ici l'expression de notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROMIEU

Il sut par sa douceur et sa patience nous
faire aimer son enseignement de clinique chi-
rurgicale.

Nous le prions d'accepter l'hommage de
notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCHAL

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous
confier le sujet de ce travail. Il nous a prodi-
gué ses conseils et nous a toujours accueilli
avec bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respec-
tueux attachement .

P. V.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAPP

(Ancien chef de Clinique Gynécologique)

Avec mes plus vifs remerciements pour sa
contribution à l'élaboration de cette thèse.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux
de Montpellier et de Lyon

A nos Chefs
de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire Desgenettes

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT ESCOURROU

Qu'il reçoive ici mes sentiments respec-
tueux.

A tous mes Camarades
de l'Ecole du Service de Santé Militaire

P. V.

Le Traitement du Prolapsus génital grave
de la femme âgée
par la Colpohystérectomie vaginale.
(étude statistique sur 163 cas)

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale, peu usitée en France, est cependant largement employée dans notre pratique gynécologique, car elle a semblé apporter une solution au problème du traitement du prolapsus génital grave de la femme âgée.

Cette défaveur serait due au fait que l'hystérectomie est considérée par de nombreux chirurgiens comme illogique. Pour certains, en effet, l'utérus ne joue aucun rôle dans la création du prolapsus, lequel serait provoqué par le relâchement des sangles pelvi-périnéales.

Pour d'autres, au contraire, l'utérus forme un coin solide encastré entre les organes du petit bassin et supporté par la colonne vaginale ; l'opération envisagée doit donc lui fournir un point d'appui solide en restaurant le plancher des releveurs et la colonne vaginale.

Ainsi pareilles controverses favoriseront-elles la naissance de nombreuses techniques opératoires dans la cure du prolapsus. Nous les exposerons par la suite d'une façon brève, mais auparavant, qu'il nous soit permis d'examiner rapidement les conditions de formation du prolapsus génital et ses divers aspects cliniques.

PATHOGÉNIE ET CLINIQUE DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Tout prolapsus de la femme adulte, et notamment de la femme sénéscente, admet en général comme cause de première importance la notion de *multiparité* ; mis à part seulement les prolapsus coexistant avec des tumeurs ovariennes et les prolapsus des vierges et des nullipares ; cette multiparité déterminant souvent les déchirures et les altérations trophiques du périnée.

Comment se créera le prolapsus ?

Si l'on considère, comme J. PATEL et P. PETIT, que la fixité de l'utérus et du vagin est assurée :

a) *Par le plancher périnéal*, formé de trois étages superposés : l'un conjonctif, constituant l'épanouissement de la gaine hypogastrique, l'autre étant l'entrecroisement rétro-vaginal des releveurs de l'anus, le troisième le noyau fibreux central du périnée.

b) *Par l'antéversion utérine*, on conçoit aisément que la déficience de l'un ou de l'ensemble de ces éléments de soutien, conduise au prolapsus qui peut reconnaître des causes d'ordre mécanique ou trophique.

Chez la vieille femme, en dehors souvent d'un long passé maternel à grossesses rapprochées, souvent compliquées de déchirures périnéales, ce sont essentiellement le relâchement, l'amollissement et l'atrophie de tout le plancher périnéal, la grande flaccidité des parois vaginales, l'utérus souvent rétroversé et de ce fait dans l'axe du vagin, l'amaigrissement enfin qui favorisent la production de la colpocèle.

Ainsi la paroi vaginale antérieure se déroule, la vessie lui étant solidaire provoquera la cystocèle ;

puis se produit un glissement de la paroi postérieure entraînant le rectum et créant une rectocèle ; ensuite, descente de l'utérus, gros, lourd et rétroversé.

Si chez la femme voisine de la quarantaine les prolapsus observés sont pour la plupart partiels (urétrocèle, cystocèle ou rectocèle), il n'en est plus de même chez la femme âgée, où se font jour les prolapsus complets « où l'utérus tout entier pend entre les cuisses comme un battant de cloche » (MONDOR H.). Une telle protusion ne va donc pas sans créer des gênes, notamment : pesanteur pelvienne et troubles fonctionnels (dysurie, pollakiurie, incontinence à l'effort et même cystite).

Cliniquement, nous distinguons trois degrés de prolapsus :

Premier degré : La vulve est béante à l'inspection, et si l'on fait tousser la malade l'examen montre l'apparition d'abord d'une urétrocèle et enfin, au toucher rectal, d'une rectocèle.

Deuxième degré : Cystocèle et rectocèle constituent deux masses ovoïdes superposées entre lesquelles s'immerge le col utérin et font saillie à la vulve.

Troisième degré : C'est le prolapsus décrit par MONDOR. Les grandes lèvres sont écartées par une masse ovalaire dont le volume serait voisin de celui d'une grosse pomme de terre, constituée par les parois antérieure et postérieure du vagin ; le restant du vagin dessine un sillon profond encerclant les trois quarts postérieurs de la base du prolapsus au sommet duquel siège le col, qui est sain ou rouge et parfois érodé ; la muqueuse vaginale exposée à l'extérieur étant sèche et blanchâtre et même ulcérée. Cette grosse saillie est mollassse au palper et en périphérie, sauf en son centre, où la portion résistante et cylindrique perçue constitue l'utérus.

Tenant compte de l'état général de la malade, une telle lésion réclamait une cure convenable. Aussi, rapidement, deux sortes de méthodes se dégagèrent dans ce traitement. Les unes firent appel aux procédés d'interposition vésico-vaginale, tandis que d'autres, non moins nombreuses, se rangèrent du côté de l'hystérectomie vaginale.

Considérons-les dans leur ensemble.

ANALYSE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CURE DU PROLAPSUS GÉNITAL

1^o Méthodes d'interposition vésico-vaginale :

a) *Méthodes de Neugebauer et Lefort.*

Ces auteurs créent un septum étroit permettant les rapports sexuels et même la grossesse. Ils notent peu de récidives, mais des hématomes fréquents et des risques de cancérisation de l'utérus enfoui.

b) *Méthode de Cotte, Lejars et Brocq.*

Réalisation d'une colpectomie subtotale affrontant largement les parois vaginales en ménageant deux pertuis latéraux pour l'écoulement des sécrétions, complétée par une périnéoplastie.

Mêmes critiques à formuler qu'au Lefort.

c) *Procédé de Schulte.*

Exision en triangle équilatéral à base supérieure sur les parois antérieure et postérieure ; on réunit ces deux triangles et on crée ainsi deux canaux étroits en haut et larges en bas. Mais la mortalité est forte (4 %) et les récidives fréquentes (4 %). De plus, les rapports sexuels et les curettages sont impossibles.

d) *Procédé de Kaüffler.*

Il utilise l'interposition vésico-vaginale (opération

de Wertheim Watkins-Shauta). C'est une bonne opération dans la descente utérine et le prolapsus du col, mais inefficace dans le prolapsus total du vagin et de l'utérus ; de plus, on ne peut la pratiquer que chez la vieille femme.

e) *Opération de Halban.*

La même que le Wertheim-Shauta, mais en plus il pratique une amputation du col.

L'inconvénient majeur est l'apparition de fistules vésico-vaginales.

2^o Méthodes ayant recours à l'hystérectomie vaginale :

a) *Procédé de Crossen.*

Il réalise l'hystérectomie vaginale avec soutènement de la vessie par les ligaments ronds et les paramètres suturés sur la ligne médiane et une vagino-fixation par les ligaments utéro-sacrés. Mais souvent se forment des *hématomes* entre la suture vaginale et les ligaments.

b) *Procédé de Campbell.*

C'est l'hystérectomie vaginale avec reconstitution d'un plancher pelvien, en fixant les ligaments utéro-sacrés de chaque côté de l'urètre aux éléments solides du périnée antérieur et en les rapprochant ensuite sur la ligne médiane.

Mais création d'hématomes et surtout pyélonéphrite post-opératoire d'origine mécanique et infectieuse par dilatation pyélo-urétérale.

c) *Procédé de Spalding-Richardson.*

On sacrifie le col utérin et le museau de tanche, mais on conserve la portion supra-vaginale du col, dépouillée souvent de sa muqueuse et les ligaments et les vaisseaux pour former sous la vessie, avec le fascia vésico-vaginal, un plancher solide et continu. Cependant de gros risques d'infection persistent car le moignon cervical isolé est septique.

d) *Procédé de Bergeret.*

Hystérectomie avec large colpotomie antérieure ; puis colpotomie postérieure avec myorrhaphie et suture vaginale terminale.

Bon procédé par les résultats obtenus.

e) *Procédé de Béchet.*

D'abord hystérectomie vaginale, puis fixation et extériorisation des ligaments larges à travers la paroi vaginale pour constituer une sangle antérieure sous-vésicale.

Bonne opération, nullement choquante, et ne créant ni hématomes, ni infection.

f) *Procédé de G. Rouhier.*

Il effectue une colpectomie dans un premier temps, puis une hystérectomie. Il suture le péritoine en allant de l'un à l'autre des pédicules annexiels ; la corticalité de la vessie est unie au rectum sur toute la hauteur par des points en U ; le vagin est fermé transversalement. G. ROUHIER a ainsi obtenu d'excellents résultats ces dernières années à Paris.

* * *

Se fondant sur ces diverses méthodes, tour à tour QUENU, FRITSCH, POZZI, SAVARIAUD et actuellement ROUHIER ont essayé, avec plus ou moins de réussite, de faire triompher l'hystérectomie vaginale.

QUENU, pour sa part, vit sa méthode vouée à l'insuccès, ne faisant systématiquement qu'une seule hystérectomie vaginale. Comme par ailleurs, la simple myorrhaphie des releveurs, excellente dans les prolapsus légers, est insuffisante dans les prolapsus graves, on est ainsi arrivé à proposer, pour traiter ceux-ci, une intervention combinée associant l'hystérectomie vaginale et la suture des releveurs à une colpectomie la plus large possible visant à remplacer le vagin déroulé par une solide colonne scléreuse.

FRITSCH, le premier, mit en pratique ces conclusions. Il associe en effet une large colpectomie à l'hystérectomie vaginale, la myorrhaphie des releveurs n'étant faite que secondairement chez les opérées incomplètement guéries.

Pozzi, utilisant le même procédé, ajoute à celui-ci une périnéorrhaphie systématique dans le même temps opératoire. Plus tard, SAVARIAUD reprend les colpectomies du type Müller : le vagin déroulé est remplacé par une colonne charnue inamovible, jouant le même rôle que le vagin dans la statique pelvienne et donnant de bons résultats ; SAVARIAUD complète en réalisant une suture des releveurs.

ROUHIER revient lui-même à une technique inspirée de celle de FRITSCH, Pozzi : colpectomie totale ou plutôt subtotale, hystérectomie vaginale, plastie vulvaire, en y adjoignant une solide suture des releveurs. Bien mieux, ROUHIER met en lumière les inconvénients de l'opération de Müller-Savariaud : il leur reproche « de laisser au-dessus de l'avivement cervico-vaginal la tige utérine de l'allongement hypertrophique du col qui empêche de refouler le corps utérin dans le pelvis, tend à reproduire le prolapsus, diminue la hauteur du pessaire naturel et ne permettant pas toujours de repousser suffisamment la vessie, laisse parfois persister des troubles de dysurie » (G. ROUHIER).

De plus, un autre argument défavorable à l'opération de Müller-Savariaud est l'exclusion d'un organe susceptible de s'infecter ou de subir la dégénérescence cancéreuse par la suite.

En 1944 déjà, dans notre service, 15 cas de prolapsus grave chez les femmes âgées furent traités d'après ces principes avec une légère variante cependant, que nous verrons dans l'exposé de notre technique et ils donnèrent lieu à des résultats parfaits.

Ainsi le but de ce travail sera d'analyser les résultats obtenus dans 163 cas de prolapsus graves opérés selon notre technique de colpo-hystérectomie vaginale associée à la suture des releveurs.

Avant de présenter la malade au chirurgien, il conviendra d'évaluer la résistance organique ainsi que l'état des appareils (cardiaque, pulmonaire, rénal) de la patiente.

Une préparation minutieuse précédera l'intervention : repos au lit, lavages locaux antiseptiques avec tamponnements vaginaux ; purgatifs et opiacées mettant l'intestin au repos pour quelques jours.

La technique mise au point par M. le professeur G. Roux et son agrégé M. G. MARCHAL permet une intervention presque totalement extra-pelvienne comportant quatre temps successifs.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1^{er} temps. — C'est la *colpectomie antérieure*, réalisée de haut en bas du méat urinaire à l'orifice externe du col. On trouve l'amorce du plan de clivage, évitant la blessure de la vessie dans les cystocèles prononcées ; la dissection est ensuite poursuivie jusqu'au col utérin. Cette colpectomie antérieure est totale ; les uretères ne courent pas de risques sérieux car ils sont avec la vessie qu'ils ont suivie, séparés du col et de l'isthme utérins par le plan de clivage dans lequel l'opérateur travaille.

2^{me} temps. — C'est la *colpectomie postérieure* : elle est subtotale, conservant un petit cul-de-sac vaginal suffisant pour permettre des rapports sexuels.

Incision de départ transversale ; le clivage est délicat en raison du peu de résistance des tuniques rectales ; il devient plus facile dès que l'on décolle le vagin déroulé avec le col et plaqué contre lui au

cours de la descente de l'utérus ; il est poussé jusqu'à la hauteur de la dissection antérieure et l'on résèque alors les deux lambeaux antérieur et postérieur du vagin par une section circulaire autour du col.

3^{me} temps. — C'est l'*hystérectomie vaginale*. Elle comprend d'abord un clivage pré et rétro-utérin à la recherche des culs-de-sac péritonéaux vésico-utérin et recto-utérin.

Le clivage en avant permet d'atteindre le cul-de-sac péritonéal, au préalable on a refoulé la vessie libérée, isolant ainsi la portion terminale des uretères. Ce cul-de-sac n'est pas ouvert afin d'exclure le plus longtemps possible la cavité péritonéale du champ opératoire. En arrière, le clivage, aisé, permet d'atteindre le cul-de-sac de Douglas, que l'on ouvre. L'utérus ainsi disséqué au milieu du pelvis est amarré seulement par les ligaments larges. On commence en tirant fortement le col en bas et à droite, par lier les pédicules cervicaux, souvent très allongés.

Puis la traction sur l'utérus se poursuivant, les éléments du ligament large gauche apparaissent au fond du champ. La trompe, le pédicule utérin et le ligament utéro-sacré sont pincés au ras de l'organe dans une pince de Jean-Louis Faure.

Après section de ces éléments, le ligament rond est facilement abaissé puis pincé et lié. La traction sur l'utérus étant alors dirigée vers le bas, le cul-de-sac vésico-utérin se trouve tendu. Il est aisément incisé sur toute sa longueur ; il y a ainsi possibilité de luxer l'utérus en *arrière et à gauche* et de le maintenir dans cette position par une pince de Museux. C'est là une manœuvre facile en général que nous préférons à celle de ROUHIER, qui bascule l'utérus en avant.

En arrière le pelvis est beaucoup plus large et plus

profond et le rectum se laisse refouler plus complètement contre le plan osseux. Cette bascule systématique de l'utérus en arrière, sur laquelle nous insistons, permet l'exérèse facile de l'organe dans le cas de fibrome ou de tumeur associée ; elle utilise au maximum les avantages qu'offre le bassin osseux fortement agrandi au niveau de la concavité sous-coccygienne.

Seule l'existence d'une Douglassite importante interdit cette manœuvre et oblige le recours à la luxation antérieure de Rouhier.

L'utérus est presque totalement extra-pelvien et n'est plus retenu que par le pédicule supérieur droit et la base du ligament droit. L'index charge cette dernière amarre, une pince de Jean-Louis Faure est placée sur la trompe et le ligament rond, une autre de bas en haut sur le pédicule vasculaire ; après section, l'utérus est libéré complètement. Par un petit surjet on ferme immédiatement le péritoine dont l'ouverture a été de courte durée. On procède ensuite à la ligature méthodique des éléments des ligaments larges. Il est bon de réunir les fils d'un côté à ceux de l'autre. On réalise ainsi une sangle conjonctivo-vasculaire dont la zone centrale, après cicatrisation, formera un noyau solide inclus dans l'adossement recto-vaginal.

La vessie et le rectum sont solidarisés par une série de sutures étagées.

On exécute ainsi une véritable columinisation suspendue en haut aux moignons de ligature des éléments des ligaments larges. La dernière suture recto-vaginale affronte presque les tranches de section vaginale, dont on vérifie alors l'hémostase notamment en arrière et que l'on suture à points séparés.

4^{me} temps. — C'est celui de la *myorrhaphie périnéale*. L'étendue de celle-ci est indiquée du fait de la colpectomie. Il faut éviter la création d'espaces morts,

sources d'hématomes et de désunion qui sont particulièrement à craindre après une colpectomie étendue. A la fin de l'intervention, dans le vagin résiduel, au contact de la suture de colpectomie, la mise en place d'une petite mèche imbibée de thrombase évitera les suintements, qui retardent souvent la cicatrisation vaginale.

* * *

Telle est, succinctement exposée, la technique habituellement employée au service.

Il est d'ailleurs facile de la compléter par des procédés destinés à traiter des lésions associées : excrèse d'annexes infectées, cure d'incontinence urinaire ou ablation de gros kystes ovariens.

L'anesthésie a son importance dans une telle méthode, qui nécessite un silence abdominal parfait. Longtemps utilisée, la rachi-anesthésie a cédé le pas aux procédés modernes d'anesthésie. En effet, les anesthésies modernes, non choquantes, peuvent être prolongées sans risques pour l'opérée et permettent d'obtenir un silence abdominal suffisant ; elles n'ont fait que faciliter l'exécution de cette intervention, qui ne possède désormais presque plus de contre-indications provenant de l'âge ou de l'état viscéral du sujet.

La statistique portant sur 163 cas permettra de juger de l'efficacité de notre méthode par les résultats favorables qu'elle dégage.

RÉSULTATS

Nous allons analyser succinctement les 163 observations que nous possédons et, par la suite, une vue d'ensemble de ces divers cas nous montrera les résultats immédiats et éloignés de cette intervention.

Examinons d'abord les 108 cas dont la statistique fut effectuée en juin 1954. Dans chaque observation nous noterons le degré de prolapsus, l'âge de l'opérée, l'ancienneté de l'intervention, les suites opératoires et les résultats à distance.

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variantes technique	Suites opératoires	Résultats à distance
1 Val...	III périné effondré.	58 ans	7 ans		simples	parfait
2 Alm...	II	57 ans	5 ans 10 mois		simples	Très bon (périnée trop serré)
3 Rays...	III	45 ans	5 ans 8 mois		simples	parfait
4 Did...	II	54 ans	5 ans 7 mois		simples	parfait
5 Mart...	III	56 ans	5 ans 6 mois		simples	Bon (pesantEUR anale-légère dysurie)
6 Ber...	III	63 ans	5 ans 6 mois		simples	parfait
7 Pog...	III récidivé	55 ans	5 ans	Cul de sac ant. 1 ^{er} car dougias comblé	simples	parfait
8 Aub...	III + kyste ovaire	63 ans	5 ans	Ponction et excise kyste	simples	parfait
9 Gib...	II + fibrome	62 ans	4 ans 10 mois		simples	parfait
10 Tous...	III étranglé + fibrome + annexite	53 ans	4 ans 9 mois	Cul de sac ant. 1 ^{er} car dougias comblé par annexite.	simples	parfait
11 Bro...	III	40 ans	4 ans 9 mois		simples	Très bon (légère pesantEUR inter crurale)
12 Cal...	III	70 ans	3 ans		simples	D. C. D. 3 ans après

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variante technique	Suites opératoires	Résultats à distance
13 Colom...	III	57 ans	4 ans 7 mois	Marion associé	simples	parfait
14 Caul...	II	43 ans	4 ans 6 mois		simples	parfait
15 Col...	III	48 ans	4 ans 5 mois		simples	parfait
16 Ved...	III	35 ans	4 ans 3 mois		simples	parfait
17 Fla...	II	63 ans	4 ans 2 mois		simples	parfait
18 Vil...	III	62 ans	3 ans 7 mois		simples	parfait
19 Sou...	III	58 ans	3 ans 5 mois		simples	parfait
20 Xav...	III + pyomé- trie	57 ans	3 ans 2 mois		simples	parfait
21 Bri...	III	52 ans	2 ans 11 mois		simples	parfait
22 Bru...	II	40 ans	2 ans 10 mois		suintement morragique vag. post. Transfusion	parfait
23 Fro...	II	38 ans	2 ans 3 mois		simples	parfait
24 Sou...	III étranglé	69 ans	1 an		simples	parfait
25 Mais...	II + fibrome	55 ans	1 an 8 mois		simples	parfait
26 Dup...	II col restant	57 ans	2 ans 3 mois		simples	parfait
27 Duf...	II	49 ans	5 ans 3 mois		simples	parfait
28 Vuc...	III + col ulcé- ré	59 ans	1 an 4 mois		Très bon (Pollakiurie)	parfait
29 Ald...	III	63 ans	1 an 3 mois		Phlébite le 11 ^e jour simples	parfait

30 Maz...	III + col ulcé- ré	65 ans	1 an	simples	parfait
31 Bla...	III	58 ans	8 mois	simples	parfait
32 Bert...	II	63 ans	8 mois	simples	parfait
33 Cad...	II	56 ans	8 mois	simples	parfait
34 Alb...	III	59 ans	3 ans 4 mois	simples	parfait
35 Dab...	II	74 ans	3 ans 1 mois	simples	parfait
36 Lis...	II + polype fond utérin	56 ans	3 ans 1 mois	simples	excellent, (petite inconti- nence urinaire à l'effort)
37 Boq...	III	64 ans	3 ans 1 mois	simples	parfait
38 Car...	II + dystrophie hyperplasie que du col	51 ans	2 ans 11 mois	simples	parfait
39 Pru...	II + fibrome métrite poly- poïde. Hyper- tendue	58 ans	2 ans 11 mois	simples	parfait
40 Ga...	III + cervicite Hypertendue	71 ans	3 ans	simples	parfait
41 Bro...	II + fibromato- se utérine	54 ans	3 ans	simples	parfait
42 Lou...	III	43 ans	2 ans 11 mois	simples	parfait
43 Sau...	II	59 ans	2 ans 10 mois	cystite avec ré- tention	parfait

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variantes technique	Suites opératoires	Résultats à distance
44 Flo...	II	60 ans	2 ans 9 mois		simples	parfait
45 God...	III	49 ans	2 ans 8 mois		simples	parfait
46 Esc.	III + résidu vé-sical chron.	69 ans	2 ans 8 mois		simples	parfait
47 Plac...	II	46 ans	2 ans 7 mois		simples	parfait
48 Che...	II + fibrome cavitare	46 ans	2 ans 6 mois		simples	parfait
49 Lab...	III	62 ans	2 ans 3 mois		simples	parfait
50 Alv...	II + gros utérus fibromateux	47 ans	2 ans 2 mois		simples	Très bon : quelques douleurs pelviennes
51 Gar...	II + insuffisance pariétale abdominale	62 ans	2 ans 1 mois		simples	parfait
52 Fab...	III	59 ans	2 ans		simples	parfait
53 Bid...	II + incontinence urinaire	62 ans	2 ans		simples	incontinence d'urines = Bon
54 Mart...	III + récidives après pexie et périnéorraphie	55 ans	2 ans		hémorragie de la tranche vaginale	parfait
55 Am...	III	46 ans	1 an 8 mois		simples	Très bon : dyspareunie légère
56 Pel...	III	65 ans	1 an 10 mois		simples	parfait
57 Bed...	III	38 ans	1 an 10 mois		simples	parfait

58 Ost...	III	63 ans	1 an 8 mois	simples	parfait
59 Alb...	II + obèse em-physé mateuse	65 ans	1 an 8 mois	simples	parfait
60 Be...	II + obèse. Cé-sarienne	46 ans	1 an 7 mois	fistule vésico va-ginale	excellent : fistu-le opérée guérie
61 Sai...	III	60 ans	1 an 7 mois	simples	parfait
62 Font...	III	53 ans	1 an 6 mois	retard de cicat-risation	parfait
63 Ran...	II	52 ans	1 an 7 mois	simples	Très bon : dyspareunie.
64 Stef...	III Pessaire de-puis 18 ans	55 ans	1 an 2 mois	simples	Légère inconti-nence urinaire : bon.
65 Tac...	II	46 ans	1 an 2 mois	simples	parfait
66 Bag...	III + dysurie	66 ans	1 an	simples	parfait
67 Bou...	III	48 ans	1 an	simples	parfait
68 Boy...	III	59 ans	1 an 1 mois	simples	parfait
69 Loub...	III + insuf. car-diaque. Hyper-tendue	69 ans	1 an 1 mois	Phlébite des 2 membres inférieurs	parfait
70 Fab...	II	59 ans	11 mois	simples	parfait
71 Bar...	III	55 ans	10 mois	simples	parfait
72 Gui...	III	65 ans	10 mois	simples	parfait
73 And...	II	54 ans	8 mois	Phlébite embolli-gène	Très bon : uréthralgies

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variantes technique	Suites opératoires	Résultats à distance
74 Bais...	III	50 ans	3 ans 2 mois		simples	petiteincontinence anale : Bon
75 Sirv...	II + périnéorraphie antér.	38 ans	4 ans		simples	parfait
76 Cau...	II + dyspareunie	47 ans	4 ans 8 mois		simples	Parfait : pas de dyspareunie
77 Leng...	II + utérus fibromateux	42 ans	5 ans 3 mois		simples	parfait
78 Art...	II	53 ans	3 ans		simples	parfait
79 Ben...	III	58 ans	1 an 8 mois		simples	parfait
80 Boul...	III	60 ans	1 an		simples	parfait
81 Boy...	III	69 ans	2 ans 3 mois		simples	parfait
82 Rud...	III	70 ans	4 ans		simples	pollakiurie intermittente lombalgies. Bon
83 Brin...	III	58 ans	4 ans		simples	parfait
84 Cal...	II + fibrôme	62 ans	3 ans		simples	vulvo-vaginite sénile = Bon
85 Cas...	III	60 ans	4 ans		simples	pesantueur pelvienne intermittente : Bon
86 Bon...	III	55 ans	2 ans 7 mois		simples	parfait
87 Cha...	III	62 ans	1 an 3 mois		simples	parfait
88 Chaz...	III	67 ans	1 an		simples	parfait

89 Clar...	II + rectocèle très importante	72 ans	2 ans 9 mois	simples	parfait
90 Deb...	II	69 ans	3 ans 5 mois	simples	pollakiurie : be- soins impérieux = Bon
91 Des...	III	70 ans	3 ans 3 mois	simples	parfait
92 Des...	III	62 ans	3 ans	simples	parfait
93 Dey...	III	54 ans	1 an 7 mois	simples	parfait
94 Fau...	III	72 ans	2 ans	simples	parfait
95 Ga...	III	63 ans	8 mois	simples	parfait
96 Gal...	II + dysurie	54 ans	8 mois	simples	parfait
97 Gin...	III	63 ans	1 an	simples	parfait
98 Lamb...	III	59 ans	3 ans	simples	parfait
99 Lav...	III	68 ans	2 ans 3 mois	simples	parfait
100 Meis...	II	70 ans	1 an 8 mois	simples	parfait
101 Mon...	III	64 ans	10 mois	simples	constipation, anatomique- ment parfait
102 Pi...	II	54 ans	2 ans 3 mois	simples	parfait
103 Ro...	II + fibrôme	52 ans	1 an 2 mois	simples	parfait
104 Tam...	III + dysurie	67 ans	3 ans 2 mois	simples	pollakiurie, ana- tomiquement parfait
105 Frau...	III	61 ans	1 an	simples	parfait
106 Vill...	III	52 ans	1 an	simples	dyspareunie = Bon

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variantes technique	Suites opératoires	Résultats à distance
107 Lee...	III	65 ans	2 ans 6 mois		simples	parfait
108 La patiente a été per- due de vue						
109 Esp...	II + gêne à la miction et à la défécation	63 ans	10 mois		simples	parfait
110 Ghi...	III + troubles de la miction	59 ans	11 mois		simples	parfait
111 Del...	II + dysurie	45 ans	14 mois		simples	parfait
112 Van...	III + ulcération trophique du col prolabé	66 ans	15 mois		simples	parfait
113 Bou...	III	64 ans	15 mois		simples	parfait
114 Léo...	I + polype du corps utérin	49 ans	15 mois	Cul de sac ant. en 1 ^{er} car, gros utérus ne s'exté- riorisant pas	simples	parfait
115 Mol...	I + polype du corps utérin, li- thase rénale	51 ans	18 mois		simples	Très bon : pollakiurie
116 Sau...	I + métrite et cervicite	40 ans	19 mois	Marion associé (Douglas comblé et douloureux)	simples, avec cystaigie	bon: lombalgies, plus leucorrhées et ménorrhagies
117 Lar...	III + ulcération du col	72 ans	20 mois		simples, avec petit hémato- me et léger sphacèle de la peau périméale	parfait

118 Per...	III + ulcération du col et dysu- rie	63 ans	21 mois	simples	parfait
119 Juz...	I + fibrôme du fond utérin	59 ans	8 mois	simples	parfait
120 Lec...	II + récive av. éventration	67 ans	2 ans 2 mois	simples	parfait
121 Lec...	III + polypes utérins	63 ans	2 ans 2 mois	simples	parfait
122 Mey...	III + papilloma- tose hyperplasi- que simple va- ginale. Hyper- tendue	77 ans	2 ans 2 mois	simples	malade perdue de vue
123 Con...	III + hernie in- guinale gauche	70 ans	2 mois	hématome sup- puré de la cica- trice vaginale	parfait
124 Mar...	III	52 ans	3 mois	simples	parfait
125 Cré...	III + kyste hé- matique de l'ovaire droit	41 ans	5 mois	simples	parfait
126 Bou...	II + gros fibro- me du fond uté- rin	53 ans	8 mois	opération de ROUHIER car fibrôme immobi- lisant l'utérus	Très bon : polla- kiurie
127 All...	III + lithiase vésiculaire ; po- lype fibro-glan- dulo-kystique	78 ans	8 mois	simples	parfait
128 Car...	III + col ulcéré	61 ans	9 mois	simples	parfait

Nom	Degré du Prolapsus	Age de l'opérée	Ancienneté intervention	Variante technique	Suites opératoires	Résultats à distance
129 Tre...	III	71 ans	2 ans 8 mois		simples	parfait
130 Arj...	III	47 ans	2 ans 6 mois		simples	bon
131 Sau...	II + incontinence urinaire	58 ans	2 ans 5 mois		simples	bon
132 Fou...	II	57 ans	2 ans 4 mois		simples	parfait
133 Sal...	III	46 ans	2 ans 2 mois		simples	parfait
134 Gal...	II	51 ans	2 ans 2 mois		simples	parfait
135 Sau...	II	52 ans	2 ans 2 mois		simples	bon
136 Val...	III	66 ans	2 ans 2 mois		simples	parfait
137 Via...	II	66 ans	2 ans 2 mois		simples	parfait
138 Fer...	II + fibrôme utérin	43 ans	2 ans		simples	bon
139 Fro...	III	48 ans	2 ans		simples	assez bon
140 Jea...	III	65 ans	2 ans		simples	bon
141 Gal...	II	65 ans	1 an 9 mois		simples	bon
142 Mar...	III	62 ans	1 an 9 mois		simples	bon
143 Col...	III	42 ans	1 an 8 mois		simples	bon
144 Val...	III	65 ans	1 an 8 mois		simples	assez bon (tendance à la cystocèle)
145 Lac...	II	62 ans	1 an 8 mois		embolie mortelle le 8 ^{me} jour.	

146 Roq...	II	55 ans	1 an 8 mois	simples	parfait.
147 Sal...	III	65 ans	1 an 7 mois	simples	parfait
148 Bou...	III	60 ans	1 an 7 mois	simples	bon
149 Sch...	II	56 ans	1 an 6 mois	simples	parfait
150 Pou...	II	60 ans	1 an 6 mois	simples	parfait
151 Cam...	III	52 ans	1 ans 5 mois	simples	parfait
152 Mau...	III	43 ans	1 an	embolie guérie le 30 ^{me} jour	très bon
153 Sal...	III	43 ans	1 an	simples	bon
154 Via...	III	63 ans	9 mois	simples	bon
155 Iza...	III	63 ans	5 mois	simples	bon
156 L...	II + cystocèle	63 ans	5 mois	simples	parfait
157 S...	II + cystocèle	65 ans	5 mois	simples	parfait
158 M...	III + polyfibro- matose utérine	55 ans	5 mois	simples	parfait
159 Mau...	III	48 ans	4 mois	simples	bon
160 Del...	III	57 ans	3 mois	simples	bon
161 Mer...	III	46 ans	3 mois	simples	parfait
162 Vie...	III	67 ans	3 mois	simples	parfait
163 Fay...	III	49 ans	3 mois	simples	parfait

Depuis que ces 108 observations furent rapportées dans une statistique en 1954, on avait observé chez quelques opérées une ébauche de cystocèle. Ceci nous permit de compléter l'intervention par un cinquième temps opératoire qui est la réfection du Fascia d'Alban avant la suture du vagin au catgut.

De 1954 à 1956, 55 observations sont venues grossir notre exposé.

La valeur de cette technique opératoire doit être jugée dans les suites immédiates et dans les suites éloignées de l'intervention.

1^o Suites immédiates :

L'élément primordial est la bénignité de l'intervention ; en effet, la plupart des opérées sont âgées et jouissent de suites opératoires parfaites, avec une convalescence rapide. Bien mieux, l'on assiste au paradoxe suivant, c'est que les femmes âgées présentent des résultats à distance supérieurs dans l'ensemble à ceux des femmes jeunes.

Aucun décès post-opératoire n'a été déploré sur les 163 malades qui ont fait l'objet de cette enquête, or certaines patientes atteignaient ou dépassaient 70 ans. (La plus âgée ayant 78 ans).

Au point de vue pathologique nous n'avons eu à noter aucune complication viscérale : pulmonaire, cardiaque, rénale ou cérébrale.

Nous avons pourtant observé :

— 3 phlébites des membres inférieurs ; ces phlébites étant apparues chez des porteuses de varices, l'une d'elle présentant une nette hyposystolie. Grâce au traitement anticoagulant et à la mobilisation précoce la guérison est survenue sans séquelles.

— 5 hémorragies vaginales par suintements en nappe de la tranche de section vaginale. Nous ne

faisons jamais de tamponnement vaginal en fin d'intervention. Les cinq hémorragies ont cédé facilement à un tamponnement secondaire.

— 2 cystites aiguës guéries rapidement par des lavages vésicaux et des désinfectants urinaires. (Cystites peut-être dues à la sonde à demeure que nous maintenons systématiquement pendant six jours en proscrivant tout lavage).

— 3 hématomes de la cicatrice vaginale.

— 3 retards de cicatrisation.

— 1 fistule vésico-vaginale survenue chez une malade ayant subi une césarienne. Cette fistule a guéri après une cure opératoire par voie basse.

— 2 embolies artérielles dont une fut mortelle le huitième jour après l'opération.

En dehors de ces accidents, véritablement peu fréquents, les malades ont eu des suites très simples, avec une diurèse normale dès le lendemain, une émission de gaz très précoce, habituellement sans crise ; on n'a pas eu recours aux péristaltiques banaux : sérum salé hypertonique, prostigmine, fort employés après une intervention abdominale. On peut comparer les suites de ces hystérectomies à celles d'une amputation du col utérin.

2^e Suites éloignées :

Les malades de la statistique ont été revues ou ont répondu à un questionnaire précis que nous leur avons adressé ; seules deux de nos malades ont été perdues de vue.

Nous avons ainsi classé nos résultats sous plusieurs rubriques :

— *Parfaits* : lorsque anatomiquement la restauration est normale et qu'il ne persiste aucun trouble fonctionnel urinaire ou sexuel (la malade ne se souciant plus de sa région pelvi-périnéale).

— *Très bons* : lorsqu'il persiste quelques troubles fonctionnels (pollakiurie, sensation de pesanteur à l'effort sans lésion anatomique).

— *Bons* : lorsqu'il existe une séquelle urinaire (dysurie) ou sexuelle (dyspareunie) notable.

— *Mauvais* : en cas de récidence.

Les résultats obtenus s'établissent ainsi :

— 122 résultats parfaits (74,8 %).

— 10 résultats très bons (6,1 %).

— 26 résultats bons (15,9 %).

— 5 résultats mauvais (3 %).

Considérons chacune de ces catégories.

Chez 74,8 % de nos opérées, certaines étant revues après plus de dix ans, la solidité des sangles pelvi-périnéales est remarquable ; aucune trace de récidence n'est notée, alors que souvent le cul-de-sac résiduel du vagin postérieur apparaît plus important qu'il n'avait été laissé en cours d'opération. Ce fait traduit sans doute l'action de la rétraction cicatricielle post-opératoire des ligaments larges amarrés à l'adossement vésico-rectal et, chez certains sujets, la reprise des rapports sexuels. En effet, ce résidu vaginal postérieur permet des rapports tout à fait normaux ; ainsi les femmes dont la vie conjugale n'est pas terminée, et Dieu sait s'il en existe encore à cet âge-là, trouvent dans le repli vaginal postérieur, ménagé avec un souci spécial au moment de la colpectomie, des possibilités qui attribuent à cette technique d'hystérectomie vaginale un complément de restauration fonctionnelle non négligeable.

La solidité du périnée étant ainsi rétablie, par l'orifice vulvaire restant, il n'existe aucune ébauche de cystocèle à l'effort. Dans tous ces cas, les troubles fonctionnels ont disparu, l'état général est restauré et même transformé, car cette opération réalise une

vraie cure de rajeunissement avec toutes ses incidences d'ordre psychique, social, familial et même conjugal.

Un résultat très bon a été obtenu chez 6,1 % des malades revues. Pourtant, ici, la restauration anatomique est satisfaisante et par l'examen on arrive difficilement à expliquer les troubles fonctionnels persistants. Quoique l'état général soit amélioré, les malades signalent une sensation de pesanteur iléo-pelvienne à la station debout, de la pollakiurie, parfois de la dysurie ; dans trois cas même il persistait un certain degré de dyspareunie.

Il a fallu classer à part 15,9 % de nos patientes. Ici le résultat est bon en ce sens que le prolapsus génital ne se reproduit pas, mais il existe une imperfection dans la restauration périnéale superficielle. Elle se traduit d'abord par une insuffisance du nœud périnéal diminué de hauteur, aminci et extensible ; puis, à l'effort, par une saillie de la paroi vaginale à travers un orifice vulvaire béant. Les incidences de cette imperfection sont d'ordre urinaire : pollakiurie, dysurie et fuite d'urine à l'effort de toux.

Aucun trouble du sphincter anal n'a jamais été observé.

Nous pensons que ces troubles sont le fait d'une insuffisance de suture des muscles releveurs de l'anus que, par souci d'une conservation fonctionnelle sexuelle chez les femmes relativement jeunes, nous ménageons en hauteur. A l'opposé une fois seulement un rétrécissement impénétrable de l'orifice vulvaire nous a été signalé.

Nous avons à déplorer un échec complet en ce sens que la récurrence du prolapsus vaginal s'est produite six mois après l'opération, qui date de deux ans. A travers l'orifice vulvaire élargi, le vagin se déroule, créant une véritable hernie périnéale, qui

nécessitera une cure opératoire en temps opportun.

Il s'agit en effet d'une femme de 45 ans qui présentait un prolapsus total, mais que nous avons opérée avec le souci de restaurer une vie sexuelle normale. L'insuffisance de la résection vaginale et la limitation de la périnéographie sont probablement à l'origine de cet échec.

Enfin deux de nos prolapsus étaient des récidives totales après colpo-périnéorrhaphie.

* * *

Au cours de nos diverses interventions, la colpo-hystérectomie vaginale nous a permis de traiter en même temps certaines lésions de l'appareil génital associées au prolapsus. Il nous a ainsi été donné d'enlever 6 fibromes, de nombreux polypes utérins, 2 volumineux kystes de l'ovaire qui avaient été auparavant ponctionnés au trocart. Quant aux phénomènes inflammatoires et infectieux, notre technique nous a permis aussi de les atteindre efficacement, car plusieurs cas de pyométrie ont été stabilisés ou parfaitement guéris.

Avant de terminer cette analyse des résultats obtenus, signalons que pendant deux fois la cure du prolapsus s'est adressée à des utérus étranglés à la vulve, irréductibles et déjà sphacéliques ; aucune complication post-opératoire ne vint en gêner l'évolution favorable.

CONCLUSION

A la lumière de tous les cas que nous venons d'envisager et qui s'élèvent à 163, il semble donc que la colpohystérectomie vaginale, associée à la myorraphie des releveurs, apporte une solution au problème du traitement des prolapsus génitaux graves de la femme âgée. L'étude statistique que nous venons de fournir étant fondée sur un nombre de cas suffisant, la plupart suivis depuis trois ans, la moitié au moins depuis quatre ans, en témoigne.

Peu de procédés, en définitive, présentent, nous semble-t-il, la sécurité d'une hystérectomie totale et la possibilité d'une bonne restauration dans d'aussi grandes proportions. Si l'on ajoute à cela la bénignité de l'opération, sans temps péritonéal, intervention s'adressant à des malades la plupart fort âgées et parfois tarées, et l'excellence des résultats fonctionnels obtenus, on ne peut que regretter, comme le proclame BEAUMONT dans sa thèse, la faible utilisation de cette méthode de colpohystérectomie vaginale par les nombreux chirurgiens gynécologues français actuels.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ALLEN (E.). — The role of vaginal hysterectomy in gynecology. *Am. J. Obs. Gyn.*, 1951, suppl. vol. 61 A, 191.
- 2 BARNES (J.). — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *C. R. Soc. Franç. Gyn.*, 1952, XXII, 43.
- 3 BEAUMONT. — De la colpohystérectomie vaginale dans la cure du prolapsus vaginal. *Thèse Paris*, 1949, n° 729.
- 4 BEC (H.). — Une technique de cure de la cystocèle dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Cah. Prat. Méd. Chir.*, janvier-février-mars 1945.
- 5 BERTINO (A.). — Celiotomie vaginali. *Atti Soc. Ital. Ost. e Gin.*, 1933, vol. XXXI.
- 6 BINET (A.) et HARTEMANN (J.). — Les rapports sexuels et leurs déficiences chez la femme.
- 7 BISCHOFF. — Cit. da Fornero.
- 8 BOSCARO (M.) et VALENTI (C.). — Aspetti clinici della chirurgia ginecologica per affezioni benigne. *Minerva Ginec.*, 1953, V°, 24.
- 9 BOSCARO (M.). — La chirurgia plastica vaginale nel trattamento del prolasso genitale. *Minerva Ginec.*, 1954, VI°, 10.
Sul trattamento del prolasso utero-vaginale completo con la tecnica di Pestalozza-Dellepiane. *Atti Soc. Ital. Ost. Gin.*, 1953, 43°.
- 10 BOURG (R.). — Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus génital et de ses récidives. *Acta Clinica Belgica*, tome I, 1946, fasc. 1, janvier-février, p. 51.
- 11 BRADY (L.). — An operation to correct genital prolapse following vaginal pan hysterectomy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1936, 32, 295.
- 12 BROCCQ (P.), BECLERE (Cl.). — Gynécologie chirurgicale. *Précis de Gynécologie*, tome II.
- 13 BURKE (F.J.). — Vaginal hysterectomy. *Am. J. Obs. Gyn. Brit. Emp.*, 1950, 57, 912.
- 14 CAVINA (C.). — Hystérectomie et annexectomie par voie vaginale par la méthode de Doyen modifiée. *Bolletino a Memoria della Società Tosco-Umbra di chirurgica*, Florence, vol. II, fasc. 6, juin-juillet 1950.

- 15 CHARTIER (M.). — Concer du col et prolapsus. *Gazette médicale de France*, 1956, tome 63, p. 1268 et 1273.
- 16 COUNSELLER (V.S.). — Vaginal hysterectomy. *Obstetrics a Gynecology*, 1953, I, 1-84.
- 17 COUVELAIRE (R.). — L'urèthre pathologique. *Nouveau précis de pathologie chirurgicale*, tome 6, p. 181-184.
- 18 COUVELAIRE (R.). — Néphrites ascendantes. *Gazette médicale de France*, 1955, 62, 645.
- 19 CROSSEN. — *Opérative Gynecology*, 1930, 117.
- 20 CUNEO et PICOT. — Hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. *Journal de Chirurgie*, 1921, XVII, 3, 193.
- 21 CURTIS TYRONE (H.). — Total hysterectomy vaginal or abdominal. *J. Louisiana State Med. Soc.*, 1953, 105, 15.
- 22 DANFORTH (W.C.). — Hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1945, 50, n° 4, 376-384, 6 fig. Discussion.
- 23 DECIO (C.). — L'isterectomia vaginale associata alla plastica per la cura del prolasso uterino. *Riv. It. di Ginec.*, 1942, XXV, 395.
- 24 DELFINO GALLO. — Greffe de cartilage dans le traitement du prolapsus génital. Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954. *C. R. de la Société Franç. de Gynécologie*, janv. 1955, p. 75.
- 25 DELLEPIANE (G.). — Di alcune varianti al procedimento di Pestalozza nella terapia del prolasso genitale. Scritti in onore di E. Cova. *Min. Med.*, édit. 1948.
La nostra tecnica operativa per alcuni tipi di prolasso utéro-vaginale. *Miner. Gin.*, 1951, 3°, 5.
Notre technique opératoire dans le gros prolapsus. *Gynéc. pratique*, 1951, 2°, 303.
Chirurgia ginecologica vaginale per affezinni benigne. *Minerva Ginec.*, 1953, V°, 23.
- 26 DELLEPIANE (G.) et BOSCARO (M.). — Notre expérience en matière de traitement opératoire du prolapsus utéro-vaginal. Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954. *C. R. de la Soc. Franç. de Gynécologie*, janvier 1955, p. 63.
- 27 DOSSENA (G.). — La isterocolpectomia nelle cura del prolasso utéro-vaginale totale. *Atti. Soc. It. di Ost. e Gin.*, 1933, XXXI, 180.
- 28 DUBRISAY (L.) et JEANNIN (C.). — Prolapsus de l'utérus. *Précis d'accouchement*, 12^{me} édition, 1949, p. 318.
- 29 DUVAL et PROUST. — *Presse Médicale*, 22 novembre 1902.
- 30 FORGUE (E.). — Les prolapsus génitaux. *Précis de pathologie externe*, 10^{me} édition, p. 1111.
- 31 FORNERO (A.). — Contributo alla cura operativa vaginale del prolasso del l'utero con speciale riguardo al metodo italiano. *Tip. Immacolata Conc. Modena*, 1926.
- 32 FOTHERGILL. — *Am. J. of Surgery*, Manchester, 1915, vol. 29.
- 33 FRANK. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1935, 29, 240.

- 34 FRANK (R.T.). — Study of anatomy, pathology and treatment of uterine prolapse, rectocele, and cystocele. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1917, 24, 42.
- 35 FREUND. — *Zentbl. f. Gyn.*, 1893, 47, 1081.
- 36 FROST (A.C.G.). — Révision de 500 opérations sélectionnées pour prolapsus pelvien sur des femmes de plus de 60 ans. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*, Saint-Louis, 60, 3 septembre 1950, p. 489-495.
- 37 FUNCK-BRENTANO (P.). — L'hystérectomie supra-vaginale. Le problème chirurgical des fibromes utérins. *Gazette Médicale de France*, tome 59, n° 10, mai 1952, p. 626.
La prévention du prolapsus génital secondaire après hystérectomie subtotale. *Paris Médical*, 1949, n° 21, p. 249.
- 38 GAGLIARDI (L.). — Considerazioni sui risultati del trattamento op. Scritti in onore di E. Cova. *Min. Medica*, edit., 1948, 651.
- 39 GALTIER (M.). — Chirurgie esthétique mammaire.
- 40 HALBAN. — W. Braumüller. *Wien u Leipzig*, 1919 ; *Zentbl. f. Gyn.*, 1921, 1477.
- 41 HILLEMAND (P.), BENSAUDE (A.), LONGUET (J.). — Les maladies de l'anus et du canal anal.
- 42 HEGAR et KALTENBACH. — *Traité de Gyn. opér.* Trad. Bar, Paris, 1885.
- 43 HEPP (J.). — Prolapsus rectal. *Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale*, tome V, p. 902-907.
- 44 KAUFFLER (R.). — Indications et rendement de la méthode opératoire de l'interposition. *Arch. Gyn.*, 1942, 174, n° 2, 329-350.
- 45 KUHNEL. — Procédé de Neugebauer-Lefort dans l'opération du prolapsus. *Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1942, 22, n° 3, 205-220.
- 46 LAFFONT A. — *Manuel de gynécologie*.
- 47 LAFFONT (A.), HOUEL (H.), GARES (R.). — A propos du traitement des prolapsus génitaux. Assises françaises de Gynécologie, Paris, 1954. *C. R. de la Soc. Franç. de Gynécologie*, janvier 1955, p. 59.
- 48 LALEUF (L.). — Traitement des gros prolapsus génitaux par la colpohystérectomie vaginale. Résultats éloignés de 34 interventions. *Thèse Médecine*, Paris, 1955.
- 49 LAWSON TAIT. — Cit. da Fornero.
- 50 LEOPOLDO DE CASTRO. — *Gazette Médicale de France*, 1955, 62, 1961.
- 51 LIEVEAUX (A.). — Polypes fibreux intracavitaires de l'utérus. *Thèse Paris*, 1955.
- 52 MAGENDIE (J.). — La triple opération périnéale dans la cure du prolapsus génital chez la femme. Conférence de Gynécologie, Hôpital Broca, Paris, 21 juin 1952.
- 53 MAISONNET (J.). — Prolapsus de l'utérus et de la vessie. *Petite Chirurgie*, p. 892.

- 54 MALLET-GUY (P.). — Les phlébites. Pathologie veineuse. *Nouveau Précis de pathologie chirurgicale*, tome I, p. 267-275.
- 55 MANGIAGALLI (L.). — *Atti Soc. It. di Ost. e Ginec.*, 1901, VII, 131.
- 56 MARMOL (D. G.). — L'hystérectomie totale dans le grand prolapsus de la femme âgée. *Revista Cubana de Obstetrica y Ginecologia*, La Havane, n° 3, juillet-septembre 1950, vol. 21.
- 57 MARTIN (E.). — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, bd. 66 ; Berlin, *Klinik Woch.*, 1898. *Arch. Gyn.*, bd. 15.
- 58 MASSAZA (M.). — La terapia del prolasso complete del l'utero. *Annali Ost. e Gin.*, 1951, LXXIII, 1147.
- 59 MASSON (J. C.). — Considerations of uterine prolapse and related conditions. *Am. J. Surg.*, 1940, 605, 50.
- 60 MORALES SOSA. — L'hystérectomie totale dans le traitement du prolapsus. *Obst. Gyn. Latin Amer. Annal. du Bulletin Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, tome IV, n° 5, 1952, p. 1039.
- 61 Mc CANCE (R.A.) et WIDDOWSON (E.M.). — L'effet de la sous-alimentation sur la composition du corps et de ses tissus. *Acta Méd. Scand.*, 30 juin 1953, 146, n° 1, 45-46.
- 62 MOCQUOT (R.A.), RUDLER (J.C.), PALMER (R.), VARANGOT (J.), LONGUET (Y.J.). — Organes génitaux de la femme. *Traité de Technique chirurgicale*, tome V, 2^{me} édition.
- 63 M. P.H. — Prolapsus génitaux. Traitement chirurgical : interposition vésico-vaginale de l'utérus, colopexies, hystérectomies. *Gynécologie*, 2^{me} édition, sept. 1946, C, 325-334, p.1 et 2.
- 64 PATEL (J.) et PETIT (P.). — Les prolapsus génitaux. *Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale*, 1949, tome VI : Gynécologie, p. 744.
- 65 PAUGAM (Y.). — Traitement du prolapsus des femmes âgées par le cloisonnement vaginal. *Thèse Lyon*, 1956.
- 66 PESTALOZZA (G.). — *Boll. Soc. Tosc. Ost. e Gin.*, 1902, 4.
- 67 PHANEUF (L.). — Surgical manegement of prolapse of uterus and vagina. A report of 730 personal operations. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1943, 77, 209.
- 68 POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- 69 QUAINI (P.), SILIQUINI (P.N.).
- 70 QUENU (J.). — Opération de Lefort pour gros prolapsus. *Nouvelle pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 8.
- 71 ROBERT (H.). — Fibrome utérin et prolapsus génital. *Gazette Médicale de France*, tome 59, n° 10, mai 1952, p. 604.
- 72 ROBERT (H.). — Les prolapsus génitaux. Conférences de gynécologie, Hôpital Broca, Paris, 29 mars 1952.
- 73 ROUHIER (G.). — *Assises Françaises de Gynécologie*, Paris, 1954, mai-juin.

- 74 ROUX (G.). — Quinze observations de colpohystérectomie vaginale dans la cure du prolapsus des femmes âgées. *Montpellier Médical*, décembre 1944, n° 6, 379-383.
- 75 ROUX (G.) et MARCHAL (G.). — Le traitement des prolapsus génitaux graves par la colpohystérectomie vaginale. (A propos de 108 observations). Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954. *C. R. de la Soc. Française de Gynécologie*, janv. 1955, p. 75.
- 76 SABATIER (G.). — Les troubles vésicaux après les colpohystérectomies élargies à deux équipes. *Thèse Médecine*, Paris, 1953, n° 51.
- 77 SANTI. — *Ann. di Ost. e Gin.*, 1921, 7, 524.
- 78 SCHAEFFER (O.). — Atlas manuel des opérations gynécologiques.
- 79 SCHLEYER-SAUNDERS (M.E.). — Une modification opératoire dans les prolapsus génitaux. Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954. *C. R. de la Soc. Française de Gynécologie*, janvier 1955, p. 60.
- 80 SCHRODER. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, bd., 2, 213.
- 81 SCHULTE. — Les résultats de la méthode de Neugebauer-Lefort. *Zbl. Gyn.*, 28 nov. 1942, 66, n° 48, 1930-33.
- 82 STACEY (E.). — The logical approach to prolapse, *Am. J. Ob. Gyn.*, 1951, suppl. vol. 61 A, 194.
- 83 STEIN (I.F.). — *West. J. Surg.*, 1951, 59, 6.
- 84 TAILLHEFER (A.), ROBEY (M.), THOYER-ROZAT. — Les prolapsus génitaux. *Gynécologie et maladies du sein*, p. 57.
- 85 TE LINDE (R.W.). — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus. *J. Am. Méd. Ass.*, 3 mars 1945, 127, n° 9, 495-502.
- 86 TE LINDE (R.W.). — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1951, suppl. 61 A, 198.
- 87 VALTZ (W.). — Les modifications organiques dues à la faim et leur importance dans les séquelles éloignées et permanentes de la dystrophie. *Méd. Klin.*, 21 déc. 1951, n° 51-52, 1360-62.
- 88 WARD GRANT (E.). — Ox Fascia Lata for Reconstruction of round ligaments in correcting prolapse of the vagina. *Arch. Surg.*, 1938, 36, 163.
- 89 WARTON LAURENCE (R.). — *Ginecologia*.

TABLE DES MATIÈRES

— Introduction.	9
— Pathogénie et clinique des prolapsus génitaux.	10
— Analyse des différentes méthodes de cure du prolapsus génital.	12
1 ^o Méthodes d'interposition vésico-vaginale.	12
2 ^o Méthodes ayant recours à l'hystérectomie vaginale.	13
— Technique opératoire.	16
— Résultats.	20
1 ^o Tableaux des Observations.	21
2 ^o Suites immédiates.	32
3 ^o Suites éloignées.	33
— Conclusion.	37
— Bibliographie.	39

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Le traitement du Prolapsus génital
grave de la femme âgée par la
Colpohystérectomie vaginale (Etude
statistique sur 163 cas).*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 26 novembre 1956

Le Professeur,
ROUX

Vu :

Montpellier, le 20 novembre 1956.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 26 novembre 1956.

Le Recteur,
J. F. ANGELLOZ

*La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme
propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni
improbation.*

